

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

N° 391

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME d'ÉTAT)

PAR

Henri, Louis, Nicolas, Marie AT

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 20 Avril 1930 à St-JUÉRY (Tarn)

présentée et soutenue publiquement le

REMARQUES CLINIQUES
ET RADIOLOGIQUES
SUR 16 OBSERVATIONS
D'OSTEOCHONDRITE DISSEQUANTE
VUES DANS UN SERVICE
DE RHUMATOLOGIE D'ADULTES

Président : Monsieur F. COSTE (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI'

1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1957

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Henri, Louis, Nicolas, Marie A T

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 20 avril 1930 à St-Juéry (Tarn)

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le

--:-

REMARQUES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES

SUR 16 OBSERVATIONS

D'OSTEOCHONDRITE DISSEQUANTE VUES

DANS UN SERVICE DE RHUMATOLOGIE D' ADULTES

--:-

Président : Monsieur F. COSTE (Professeur)

--:-

D.P. TAIB

8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1957.

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER E., OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM

Anatomie	CORDIER	
Anatomie pathologique	DELARUE	
Bactériologie	FASQUELLE	
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux Sports}	CHAILLET-BERT	
Biologie Médicale	FAUVERT	
Cancérologie médicale, sociale	BERNARD J.	
Carcinologie	N.	
Chimie Médicale	JAYLE	
Cliniques Chirur. {	Hôtel-Dieu	BROCQ
	Broussais	G. d'ALLAINES
	Salpêtrière	MOULONGUET
	Cochin	QUENU
Clinique chirurgicale répara- trice et orthopédique }	{ MERLE d'AU- BIGNE	
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN	
Clinique chirurgicale infan- tile et d'orthopédie }	{ FEVRE	
Clinique chir. pleuro-pulmon.	MONOD	
Clinique de la Tuberculose	BERNARD E.	
Clinique de neuro-chirurgie	{ PETIT- DUTAILLIS	
	LELONG	
Clinique de Puériculture	LELONG	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques }	{ DEGOS	
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER	
Clinique des maladies du systè- me nerveux }	{ ALAJOUANINE	

Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO BARIETY J. BESANÇON MOREAU de GENNES
Cliniques Médicales	DEBRAY
Clinique méd. hydro-climat. thérap.	PASTEUR V.-R.
Clinique médicale propédeutique	LANTUEJOUL VARANGOT LACOMME
Cliniques obstétricales	VELTER
Clinique ophtalmologique	AUBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique	HEUYER
Clinique psychiatrique infantile	COSTE
Clinique rhumatologique	DECHAUME
Clinique stomatologique	FEY
Clinique urologique	GIROUD
Embryologie	LAMY
Génétique	SOULIE
Histoire de la Méd. et de la Chir.	VERNE
Histologie	CATHALA
Hygiène et Clinique lère Enfance	JO ANNON
Hygiène et Méd. Préventive	DESOILLE
Médecine du Travail	PIEDELIEVRE
Médecine légale	GALLIARD
Parasitologie et hist. nat. méd.	MENEGAUX
Pathologie chirurgicale	LAVIER
Pathologie exotique	LENEGRE
Path. expérimentale et comparée	MERKLEN
Path. Hum. et Immun. exp.	DECOURT
Pathologie médicale	GARCIN
Path. et Thérap. générales	Julien MARIE
Pédiatrie sociale	HAZARD
Pharmacologie et matière méd.	DOGNON
Physico-chimie méd. (ch. t. pers)	BINET
Physiologie	STROHL
Physique médicale	RICHET
Problèmes alimentaires (c. t. pers)	DESGREZ
Radiologie médicale	PATEL
Technique chirurgicale	TURPIN
Thérapeutique	SENEQUE
Thérapeutique chirurgicale	LEMAIRE
Thérapeutique médicale	

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES
MM.

Anatomie (CABROL
(DEBEYRE
(DELMAS
(OLIVIER G.
(Melle GAU-
Ana. Path. (THIER V.
(BUSSER
(GOUYGOU
(Bactério- (CHRISTOL
(logie (NEVOT
(Biol. méd. (BOURLIERE
(Chimie méd. (ETTORI
(POLONOVSKI J
(Dermato-syphil. DUPERRAT
(Embryologie. TUCHMANN
(BULLIARD
(Histologie (COUJARD
(N...
(Hydrologie (CORNET
(Hygiène (BOYER
(DEPARIS
(Mal.infect. (BASTIN
(Médecine) (DEROBERT
(légale et) (GAULTIER
(du Trav.) (HADENGUE
(Neurochir. (DAVID
(Neurologie (LHERMITTE
(GRASSET
(LE LORIER
(LEPAGE
(Obstétrique (MERGER
(MORIN
(RAVINA
(ROBEY
(Ophtalmo- (BREGEAT
(logie (DESIGNES
(Orthopédie (JUDET
(Oto-rhino- (AUBRY
(laryngo. (MADURO
(Parasito. (BRUMPT
(Parasito.col. (CHABAUD
(ABOULKER
(Pat. chir. (BARCAT
(BAUMANN
(CAUCHOIX

MM.
(DUBOST
(FAUREL
(FLABEAU
(GERMAIN
(GOSSET
(LAURENCE
(LORTAT-JACOB
(MATHEY
(OLIVIER(Cl)
(POILLEUX
(THOMERET
(VERNE(J M)
(Pat.expé (MAURICE
(riment. (LOEPER
(BOUVIER
(BOUDIN
(ERICAIRE
(BRISSAUD
(CASTAIGNE
(CONTE
(DEROT
(DOMART
(Pat.méd. (LAMOTTE
(LAROCHÉ
(MACREZ
(MILLIEZ
(PEQUIGNOT
(PERRAULT
(RAMBERT
(ROYER
(THIEFFRY
(TURIAF
(WOLFRAMM
(JOSEPH
(Pédiatrie (POLONOVSKI Cl.
(MOZZICONACCI
(Melle LEVY
(Pharmacol. (CHEYMOL
(BARGEON
(Physiol. (DEJOURS
(PARROT
(Physique (DJOURNO
(médicale (GOUGEROT
(Pneum.phthis. (KREIS

	MM.		MM.
Psychiatrie	{ BARUK	Stomato	{ CHAPUT Mme
	{ PICHOT		{ CERNEA
Psych. infant.	MICHAUX	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELBARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	{ AMELINE	Urologie	{ COUVELAIRE
	{ HUGUIER		{ BROUET
	{ LEGER		{ DREYFUS
Clinique chir.	{ PADOVANI		{ FAUVERT
	{ ROUX	Clinique mē.	{ HAGUENAU
	{ RUDLER		{ HAMBURGER
	{ SICARD		{ KOURILSKY
Clinique } { ECALLE			{ MARCHAL
obstét. } { MAYER			{ SOULIE
Clinique } { OFFRET			
ophtal } { RENARD			

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Conservateur Melle GOICHON
..... Melles DUMAITRE
Bibliothécaires. LE NOIR
..... METIN
..... QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don-
ner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents, d'abord et surtout.

Auxquels je dois tout.

A ma Femme,

Qui m'a toujours soutenu
depuis le début de ma
carrière médicale.

A ma Grand'Mère,

et à tous ceux de ma
famille qui ne sont plus
là et m'ont aimé.

A tous mes Amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur F. COSTE

Professeur de Clinique rhumatologique
à la Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui m'a fait l'honneur d'ac-
cepter la présidence de
cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé S. de SEZE

Professeur Agrégé à la Faculté de
Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Lariboisière,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui m'a inspiré l'idée de ce
travail.

En hommage respectueux pour
la valeur de son enseignement.

A Monsieur le Docteur F. LAYANI

Médecin de l'Hôpital de La Pitié

Qui a guidé mes premiers pas
en rhumatologie et a décidé
de l'orientation de ma
carrière.

A mes Maîtres de la Faculté et
des Hôpitaux de Paris

En hommage respectueux.

REMARQUES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES
SUR 16 OBSERVATIONS
D'OSTEOCHONDRITE DISSEQUANTE
VUES DANS UN SERVICE
DE RHUMATOLOGIE D' ADULTES

- :-

OBSERVATION I

D... Marguerite - 69 ans - sans profession.

Ostéochondrite disséquante du genou gauche.

o

- Vient consulter pour la première fois en juin 1954.

- Après une chute sur son genou gauche en novembre 1953 (la malade a été renversée par un cycliste), apparition d'une douleur de la jointure une quinzaine de jours après. Elle n'avait jamais souffert de son genou auparavant.

- Depuis, souffre en permanence, même la nuit.

- Antécédents :

R.A.S.

- Examen :

- hanche libre,

- genou gauche douloureux aux mouvements extrêmes avec présence d'un épanchement discret.

- V.S. : 15 - 33 (la malade avait à ce moment-là une fébricule à $37^{\circ} 8$).

- Le traitement proposé alors avait été chirurgical.

Cette malade a été revue en Février 1957. Elle n'a pas voulu se faire opérer. Elle n'a eu comme traitement que des antalgiques et des pointes de feu!

Elle est actuellement très gênée, se déplace difficilement, souffre à peu près en permanence, surtout aux changements de temps (froid - humidité).

o

RADIOLOGIE

- En décembre 1953, sur les clichés de face et de profil du genou gauche, on observe une dépression concave vers le bas du condyle interne. Cette dépression est bordée d'une petite zone d'ostéocondensation. De profil, on voit un aplatissement avec condensation linéaire sur 1,5 cm environ, de la partie moyenne du condyle.

8 mois après : au niveau de la zone déprimée s'est constitué un séquestre linéaire qui s'est enfoncé dans la loge déprimée visible 8 mois avant. Le fragment disséqué est quadrangulaire, bien isolé par un liseré clair dans la niche dans laquelle il s'est encastré.

De profil, l'aplatissement de la zone de dissection s'est confirmé et apparaît bien mieux la zone claire en lunule surplombant le noyau séquestré et densifié.

A noter une arthrose fémoro-patellaire avec micro-ostéophytose des coins articulaires de la rotule et une légère décalcification de cet os.

°°°

OBSERVATION 2

S. M... Jacques - 17 ans - sans profession.

Ostéochondrite disséquante du genou gauche.

o

- Vient consulter pour la première fois en août 1954 :

Quelques jours avant, apparition d'une douleur au niveau du genou gauche, avec gonflement et impotence relative : il ne pouvait fléchir complètement son genou.

Quatre jours après, le gonflement et l'impotence ont disparu ; seule persiste une légère douleur.

- Ce malade a souffert pour la première fois de son genou gauche en avril 1954, sans cause déclenchante. Durée : 15 jours. Tout est rentré dans l'ordre.

- Antécédents :

- A l'âge de 10 ans : crise de R.A.A. avec localisation cardiaque.

Hospitalisé 3 mois. Guérison sans séquelles.

- Examen :

- Entièrement négatif.
- V.S. : 3 - 6,5 - 63.
- Cuti-réaction négative.
- Traitement : repos de l'article et pas de sport pendant 3 mois.

Ce malade a été revu en Février 1957 et va très bien. Il n'a jamais plus souffert de son genou gauche. Tous les mouvements sont possibles et non douloureux.

o

RADIOLOGIE

Aspect caractéristique d'ostéochondrite disséquante du condyle interne gauche siégeant de face sur la moitié interne de ce condyle et de profil à la partie moyenne.

Sous les deux incidences : noyau régulier, ovalaire, entouré d'un liséré clair définissant la loge de dissection.

Aucune réaction de voisinage.

o^o
o o

OBSERVATION 3

B... Jeanne - 65 ans - Ménagère.

Ostéochondrite disséquante du genou droit.

o

- Vient consulter pour la première fois le 10 mai 1955 pour :

- douleurs du genou droit, surtout,
- mais aussi :

- douleurs du genou gauche,
- douleurs fessières bilatérales,
- douleurs de l'épaule droite,
- douleurs fugaces des doigts.

- Depuis plusieurs années, fond douloureux du genou droit avec impression d'instabilité (on note plusieurs chutes) sur ce genou dans les années précédentes.

Brusquement, en février 1954, sans cause apparente, douleur brutale au niveau de ce genou avec gonflement, sans rougeur ni augmentation de la chaleur locale.

Traitement par :

- hydrocortisone,
- scurocaïne,
- colchinéos,
- Iodaseptine salicylée.

La malade est restée couchée pendant 3 semaines puis a marché avec une canne pendant 3 ou 4 mois.

C'est à la même époque qu'est apparue la douleur au niveau de l'épaule droite qui n'a pas cessé depuis.

- Examen :

- Genou droit : globuleux et déformé ; points douloureux au niveau de l'interligne en avant et au niveau de la patte d'oie.

- signe du rabot très net,
- limitation de la flexion ; pas de mouvements de latéralité.

- Genou gauche : normal.

- Epaule droite : Points douloureux nets.

- limitation active très marquée de l'abduction et de la rétro-pulsion,
- mouvements passifs douloureux.

- Hanches : semblent normales, mais on est gêné pour l'étude des mouvements à droite en raison des douleurs du genou, mais elle semble aussi normale qu'à gauche.

- V.S. : 14 - 41.

- Acide urique = 35 mg.

- T.A. = 17 - 12.

- Traitement :

Hydrocortisone 3 fois par mois (genou et épaule) ;

Repos complet.

- 3 mois après : la malade a été très améliorée par le traitement.

- Malade revue en février 1957 - va bien. Ne souffre de son genou droit qu'aux changements de temps. Plus de canne.

o

RADIOLOGIE

Présence d'une large dépression en encoche du condyle interne droit à concavité tournée vers le bas, à contours nets comme

estampillés avec très grosse condensation périphérique. Aspect caractéristique de niche d'ostéochondrite disséquante. Le fragment disséqué n'est pas retrouvé et le film courbe ne montre qu'une grosse ostéophytose des épines tibiales et des coques condyliennes, surtout interne.

o°

OBSERVATION 4

G... Basiline - 61 ans -

Ostéochondrite disséquante du genou droit.

o

- Vient consulter pour la première fois le 15 mars 1956, pour une douleur du genou droit.

- douleurs discrètes du genou droit depuis 5 ou 6 ans,

- mais depuis 4 mois, après un phlegmon cervical, les douleurs deviennent continues, très vives, augmentées par la marche, la montée des escaliers.

- La malade se plaint en outre de douleurs du pied gauche et de douleurs pré-cordiales sans liaison avec l'effort.

- Antécédents :

- R.A.S.,
- Pas de traumatisme,
- Phlébites gauche et droite en 1914 et 1947.

- Examen :

- Genou droit :

- légèrement augmenté de volume,
- léger flexum,
- épanchement liquidien assez important,
- flexion passive limitée.

- Genou gauche :

- légère hydarthrose,

- Les autres articulations sont libres.

- A noter : réflexes normaux
membre inférieur droit variqueux,
T.A. : 17 - 8

- V.S. : 6 - 17.

- Traitement proposé :

- Physiothérapie (ondes courtes - ultrasons).

- Refaire dans 3 mois de nouveaux clichés pour :

a) préciser l'image claire du condyle fémoral interne droit,

b) discuter un traitement par l'hydrocortisone et, éventuellement, une patellectomie.

- 14 juin 1956

- Amélioration peu sensible. Persistance de douleurs au genou droit. Sensation de dérobement ; pas de phénomène de blocage.

Cette malade n'a pu être revue.

RADIOLOGIE

A la moitié externe du condyle interne et toujours dans l'hémi-arc condylien antérieur, présence d'une logette claire, arrondie, à grand axe vertical, déterminant une interruption du contour cortical de face, alors que de profil, la corticale paraît intacte et qu'on a l'impression d'une géode simple sans fragment disséqué. Pas de corps étranger voyageur intra-articulaire ou dans les culs-de-sac sous les incidences pratiquées.

On note des signes discrets de gonarthrose fémoro-patellaire à droite.

L'absence de séquestre, sans éliminer le diagnostic d'ostéochondrite disséquante, fait discuter le diagnostic de géode simple rompue. Foyer d'ostéonécrose vasculaire simple ? Géode d'arthrose ? Doute émis en raison de la rareté de ce type de processus usuel dans la gonarthrose.

Le diagnostic le plus vraisemblable reste celui d'ostéochondrite disséquante.

°°°

OBSERVATION 5

F... Pascal - 18 ans - Etudiant.

Ostéochondrite disséquante de la hanche droite.

o

- Vient consulter pour la première fois en novembre 1950 pour des douleurs de la hanche droite.

- Depuis l'enfance, marche mal. Il a commencé à souffrir de sa hanche droite il y a 4 ou 5 ans avec exacerbation considérable des douleurs depuis 2 ans, puis bilatéralisation

- Depuis le début de 1950, il ne souffre plus de sa hanche droite, mais accuse de temps en temps une douleur de la fesse droite et de la face externe de la jambe. Il boite.

- Antécédents :

- En 1944 : crise de R.A.A. localisée aux 2 genoux.

- A l'âge de 5 ans, chute de 3 mètres, mais le malade ne sait pas sur quel côté la chute a porté.

- Examen :

- Attitude vicieuse du bassin liée non pas à une asymétrie des membres inférieurs, mais à un blocage en abduction du membre inférieur droit qui diminue d'autant la longueur du membre. Le parallélisme des deux membres inférieurs est rétabli par un mouvement d'abduction du membre gauche sain, la déviation parallèle des 2 membres vers la droite étant compensée par une bascule compensatrice du bassin.

- Hanche droite :

- flexion un peu limitée et douloureuse,

- adduction : très limitée et douloureuse,

- rotation peu limitée.

- Hanche gauche :

- Tous les mouvements forcés sont douloureux.

- A noter un affaissement bilatéral des voûtes plantaires.

- Traitement proposé :

- Exercices de bicyclette en chambre,
- vitamine D et calcium,
- Intervention à envisager.

o

RADIOLOGIE

Malade présentant une séquence de films de la hanche droite établie de 1947 à 1951 sous incidence toujours identique.

Existence d'une ostéochondrite disséquante du pôle supérieur de la tête fémorale droite avec aspect typique en verre de montre, le séquestre ayant 1 cm de long environ.

L'intérêt de l'observation réside dans les faibles changements de l'aspect en 4 ans avec semble-t-il une phase (1949) de recalcification de la zone de séparation (qui semble avoir correspondu à une phase de silence clinique).

En fait, l'image d'ostéochondrite disséquante a toujours été visible et, sur le dernier cliché, où l'aspect est caractéristique, on note cependant la bonne conservation d'une courbure céphalique, l'absence de réaction du côté distal de la lésion et d'altération de l'interligne. En somme,

image pratiquement non évolutive.

°°°

O. SERVATTE

L... Camille - 34 ans - Employé aux
P.T.T. -

Ostéochondrite disséquante de la hanche
gauche.

c

- Vient consulter pour la première fois
le 5 janvier 1954.

- Début progressif, il y a 1 an par une
douleur siégeant tantôt à l'aîne et à la
face antéro-interne de la cuisse gauche,
tantôt au genou et à la face antérieure
de la jambe gauche.

- Cette douleur s'exagère dans les pre-
miers mois de 1953, entraînant une boiterie
et obligeant le malade à employer une
canne en avril. Il se fatigue très rapide-
ment à la marche (500 mètres). Quasi-im-
possibilité de monter les escaliers. Après
1 mois de repos dans les Pyrénées, il note
une certaine amélioration et n'utilise
plus de canne, mais continue à boiter et
à souffrir tous les jours.

- Il tolère bien la station debout et
même prolongée, la marche en terrain
plat. Il souffre surtout lors des change-
ments de position et lors de la marche en
terrain accidenté. La nuit, il tolère bien
le décubitus latéral droit et dorsal (cuisse
gauche fléchie) mais ne peut supporter le
décubitus latéral gauche et a besoin de
changer fréquemment de position.

- Antécédents :

- A 3 ans : paralysie faciale gauche.
- A 18 ans : R.A.A. ?
- A 20 ans : Prisonnier de guerre en Allemagne : présente une tumeur (?) sous-claviculaire.

- A 22 ans : Opéré à Toulouse d'un abcès froid thoracique droit et d'une ostéite du 1/3 moyen de la clavicule. On note une très légère atteinte pleurale et une sclérose du sommet droit.

- Examen :

- Mouvements de la hanche gauche très limités : abduction et adduction sont nulles, mais il reste un léger mouvement de flexion.

- Pas d'adénopathie inguinale ni rétro-crurale.

- Légère amyotrophie.

- V.S. : 3 - 7.

- Urée : 0,25,

- Cuti ++,

- Formule sanguine :

- 4.480.000 globules rouges
6.400 globules blancs

Lors de la venue du malade dans le Service du Professeur S. de Sèze, plusieurs diagnostics ont été discutés :

1) Processus infectieux

D'autant plus qu'on note dans les antécédents de ce malade un abcès froid. On se trouverait alors devant une ostéite tuberculeuse de la tête fémorale, mais remarquable par 2 caractères atypiques :

- a) l'absence d'atteinte de l'interligne malgré le caractère juxta-cartilagineux ;
- b) l'absence de décalcification péri-lésionnelle. Tête aplatie mais nette sans flou, ni éclaircissement.

On ne retient pas ce diagnostic. On élimine aussi les autres coxites infectieuses.

2) Processus tumoral

Conjonctivome ? Bien différent : ni destruction, ni ostéosclérose, ni fusées osseuses dans les parties molles.

3) Ostéonécrose type ostéochondrite disséquante juvénile.

Il faudrait admettre ostéochondrite géante avec fragment de la taille d'une pièce de 5 francs.

On retient plutôt ce diagnostic et on élimine formellement la tuberculose.

On demande alors :

- des tomographies,
- un avis chirurgical,
- et on prescrit en attendant un traitement antalgique banal.

- En mars 1954, on décide l'intervention.

Ostéochondrite disséquante de la hanche ayant abouti à l'isolement d'un très volumineux séquestre occupant toute la moitié supérieure de la tête fémorale. Du fait de l'importance du volume de ce séquestre, on ne peut envisager sa simple ablation après arthrotomie. Ce qu'on propose, c'est l'ablation du séquestre, son remplacement par une masse de tissu spongieux, puis la réalisation d'une arthroplastie de la hanche avec interposition d'une cupule de vitellium.

Le malade a été opéré le 13 mai 1954 par le Professeur Debeyre.

"Diagnostic : ostéochondrite disséquante de la tête fémorale gauche".

Traitement : Arthroplastie avec interposition d'une cupule de vitellium

o

C.R. O.

"Incision de Gibson. Section du grand trochanter. La dissection de la capsule est relativement laborieuse, comme si les phénomènes inflammatoires avaient modifié les plans de clivage. Cette dissection, habituellement exsangue, est relativement hémorragique. Après dissection de la capsule, luxation de la tête. Les déformations de la tête sont considérables. Pratiquement, la moitié supérieure de la calotte est enfoncée. Le cartilage n'est pas déchiré, mais il est largement décollé et, après l'avoir incisé, on en enlève une surface grosse comme une pièce de 5 francs. On curette la cavité jusqu'à ce que l'on tombe sur de l'os sec et dur.

La perte de substance est véritablement énorme. Il serait vain de penser la combler à l'aide de tissu spongieux. On se contente de régulariser les bords de manière à pouvoir coiffer le moignon de tête d'une cupule de vitellium. Le cotyle est légèrement creusé et élargi. Reconstitution de l'articulation. Fixation du grand trochanter par un clou. Fermeture. Plâtre ".

o

RADIOLOGIE

Très volumineux noyau de dissection de la tête allant de la fovea à la jonction cervico-céphalique, isolé du reste de la tête par une large bande claire, sinueuse, particulièrement bien démontrée par la tomographie. Enfoncement de haut en bas du fragment isolé déterminant un aplatissement global de la tête. Image en oeuf cassé. Sur les radiographies standard, les remaniements structuraux au voisinage du liseré d'isolement du fragment disséqué le montrent irrégulier, anfractueux, condensé.

La tomographie au contraire, donne l'impression d'un fragment séquestré, régulier et nettement condensé par rapport au cotyle et au restant de la tête fémorale dont la structure paraît uniformément régulière. Plafond cotyloïdien intact. Interligne conservé. Sourcil cotyloïdien épaissi avec calcification de voisinage, mais même aspect du sourcil du côté sain.

o°o

OBSERVATION 7

G... Adrienne - 38 ans - Apprêteuse -

Ostéochondrite disséquante sur coxa plana.

o

- Vient consulter pour la première fois en juillet 1952, pour douleur de la hanche droite surtout nette depuis quelques mois.

- Antécédents :

- Mal de Pott dorso-lombaire à l'âge de 3 ans. Immobilisation jusqu'à 9 ans. Depuis elle a toujours eu une hanche douloureuse.

- Examen :

- Tous les mouvements de la hanche droite sont douloureux et limités.

- Gibbosité médiane D8-D9-D10.

- V.S. : -6 - 18 - 74.

- Formule sanguine :

4.620.000 globules rouges,
7.000 globules blancs.

- Traitement proposé : hydrocortisone.

La malade a été revue en Février 1957. Elle n'a rien fait comme traitement et souffre seulement de sa hanche aux changements de temps (froid - humidité). Parfois, sensation de dérobement des jambes. Vie tout à fait normale. Les mouvements de la hanche droite ne sont douloureux qu'à l'extrême.

o

RADIOLOGIE

Image d'ostéochondrite disséquante du pôle supérieur de la tête fémorale avec aspect en verre de montre. Le fragment séquestré est très condensé, long de 1 cm environ, aplati vers le haut, convexe vers le bas. L'interligne est conservé et simplement déformé en regard du séquestre.

Il convient de noter l'existence d'une coxa plana et la présence d'un liseré ostéophytique discret à la jonction cervico-céphalique. La région supra-cotyloïdienne est normale.

°°°

OBSERVATION 8 :

G... Odette - 53 ans - sans profession.-

Ostéochondrite disséquante de la hanche droite.

°

- Vient consulter pour la première fois en juin 1955 pour douleurs des deux genoux et de la hanche droite.

- En mars 1955 : chute sur les deux genoux (pas sur la hanche). A commencé à souffrir de sa hanche 1 mois environ après sa chute.

- Depuis douleurs à la marche ; elle est obligée de se servir d'une canne.

- Antécédents :

- Hystérectomie en 1943,
- Pas de traumatisme au niveau de sa hanche.

- Examen :

- Quelques craquements articulaires au niveau des genoux. Mobilité normale.

- Hanche droite : douleurs aux mouvements extrêmes, mais pas de limitation des mouvements.

- V.S. : 6 - 17 (4 juin 1955),
5 - 21 (11 février 1956),
4 - 13 (10 mars 1956).

- Un traitement chirurgical avait été proposé.

Cette malade a été revue en février 1957. Elle n'a pas voulu se faire opérer et continue toujours à souffrir de sa hanche droite. Les derniers clichés montrent que l'image n'a pas évolué et est toujours semblable.

Elle a eu comme traitement :

- 15 injections d'hydrocortisone : a recommencé à souffrir dès l'arrêt des injections,

- Electrothérapie : non améliorée,
- Iode et soufre,
- Vitaminothérapie.

RADIOLOGIE

Sur deux clichés du bassin à 40 jours d'intervalle, les différences observées dans l'aspect de la tête fémorale droite ne semblent relever que de l'état de rotation du fémur. Dans les deux cas, il existe une altération du pôle supérieur de la tête en regard de la partie moyenne du plafond cotyloïdien, sans modification de l'interligne qui serait plutôt large par rapport au côté gauche en raison d'un enfoncement de la partie supérieure de la tête fémorale.

Le cliché le plus démonstratif est celui où le col fémoral est le mieux étalé, c'est-à-dire en rotation interne modérée (4 -II- 56). Sous cette incidence, on observe un aspect répondant bien à l'ostéochondrite disséquante : isolement d'un fragment osseux de 1,5 cm de long avec liseré clair à sa base. La trancheée claire est sinueuse, condensée du côté cervical. Le séquestre est dense. Le plafond cotyloïdien est normal, mais la région sus-jacente est nettement décalcifiée avec une trame épaissie. Cet épaississement tramaire est d'ailleurs dans la continuité des travées de résistance du col fémoral, dont le bord inférieur est doublé d'un épaississement osseux considérable (0,5 cm de large).

Pas de réaction ostéophytique. Seule la fovea présente quelques bavures osseuses.

OBSERVATION 9

D... Fernand - 50 ans - Forgeron -

Ostéochondrite disséquante de la hanche gauche.

o

- Vient consulter pour la première fois en avril 1956 pour une douleur de la hanche gauche.

- a commencé à souffrir de sa hanche à ce moment-là, sans cause déclenchante, surtout à la marche.

- Antécédents :

- R.A.S.,
- Aucun traumatisme,
- Fracture du tibia gauche en 1953,
- Crise de goutte en 1954 (uricémie = 77 mg).

- Examen :

- Les mouvements de la hanche sont sensiblement conservés.

- V.S. :

- le 25 avril 1956 : 40 - 76 - 116,
 - le 15 juillet 1956 : 30 - 72 - 100,
- le malade continue à souffrir de plus en plus.

- Traitement proposé actuellement :

- repos prolongé,
- rééducation,
- pas d'intervention pour le moment.

o

RADIOLOGIE

Les 3 clichés montrent un enfoncement progressif du pôle supérieur de la tête fémorale gauche.

1er stade : (11-VI-56). Aplatissement de la tête avec déjà perception d'un décalage dans la courbe de la tête fémorale à 1,5cm vers le haut de la fovea. Condensation au pôle d'appui de la tête avec micro-vacuoles. Interligne intact. Plafond cotyloïdien et voisinage comparable au côté opposé.

2ème stade : (3 mois après). La tête fémorale a été radiographiée en rotation externe très accentuée. L'aplatissement de la tête est évident. Le diamètre vertical est réduit. Présence d'une encoche claire au niveau du décalage précédemment constaté et début de perception d'un liseré clair concave vers le haut s'étendant de cette encoche jusqu'au bord supéro-externe de la tête, un peu en dedans de l'aplomb du sourcil cotyloïdien.

3ème stade : (11 mois après, soit 14 mois après le 1er film). Aspect typique. La tête est divisée avec isolement d'une grosse coque d'ostéochondrite au pôle supérieur de la tête. L'aplatissement est flagrant. La tête est ovale à grand axe horizontal. Collerette ostéophytique discrète à l'union de la tête et du col. Pas de modification importante de l'interligne. Pas de remaniement architectural du col.

A noter une sclérocification globale de la région des trochanters.

OBSERVATION 10

D. M... Luigi - 54 ans - Commerçant.

Ostéochondrite bilatérale des hanches, à forte prédominance gauche.

o

- Vient consulter pour la première fois en novembre 1956, pour une douleur au niveau de sa hanche gauche.

- Il a commencé à en souffrir il y a 15 ou 20 ans, mais douleur très légère accompagnée d'une boiterie minime, seulement 2 ou 3 fois par an.

- Brusquement, sans cause déclenchante, il y a 6 ans, apparition d'une douleur très aiguë au niveau de sa hanche au cours de la marche.

- Depuis, il souffre en permanence de sa hanche gauche, douleur augmentée par la marche, la fatigue.

- Il a déjà très légèrement souffert de sa hanche droite, mais n'en a jamais été gêné.

- Antécédents :

- Blennorrhagie - syphilis (traitée),
- Aucun traumatisme.

- Examen :

- Abduction de la hanche gauche douloureuse et limitée.

- Double roulement très limité,

- + Hyperextension peu limitée.
- Hanche droite libre.
- V.S. : 10 - 28.
- Acide urique : 41 mg
- Vernes : 37.
- Traitement :
 - A eu une seule injection d'hydrocortisone in situ il y a 2 ans. Avait été très bien soulagé mais n'a pas voulu continuer ("peur des accidents").
 - Bains de boue : bien soulagé.
 - Actuellement : a eu une série de Novocaïne - Priscol au niveau de sa hanche gauche : 50 % d'amélioration, mais continue cependant à souffrir après une longue marche.

o

RADIOLOGIE

La radiographie du bassin montre des lésions bilatérales des têtes fémorales et n'intéressant qu'elles. Il s'agit d'altérations à des stades différents se caractérisant par une encoche cupuliforme très étendue, du pôle supérieur de chacune des têtes jusqu'à la fovea. Cette encoche est en arc de cercle avec très forte densification de sa base, sans altération de l'architecture des cols.

A droite, dans la lacune de la tête, on observe une fragmentation osseuse à

petits noyaux ostéocondensés, imprécis, correspondant au reliquat de la tête.

A gauche, où la niche est plus grande, il persiste une coque osseuse condensée et géodique ayant tous les caractères du séquestre de l'ostéochondrite disséquante.

Les tomographies ne font que confirmer une déshabitation presque complète de la niche de dissection droite à 8 cm. Cependant à 10 cm, on retrouve une image typique en verre de montre avec un liseré clair de désinsertion du fragment disséqué qui semble divisé à son 1/3 externe. A gauche, à 7 et 8 cm, même image en verre de montre ripée vers l'extérieur. Le liseré clair est très large et sinueux.

L'interligne est partout normal. Condensation triangulaire à la partie externe du toit et de la région du sourcil à gauche.

°°°

OBSERVATION 11

Mme R... Serge - 27 ans - commerçante.

Ostéochondrite disséquante bilatérale des hanches.

°

- Vient consulter pour la première fois le 17 octobre 1956.

Les premiers signes sont apparus l'mois avant la fin d'une grossesse : douleurs de la hanche droite, puis de la hanche

gauche mais toujours prédominant à droite.

Gêne considérable à la marche : après 10 minutes, la malade doit s'arrêter.

- Examen :

- Blocage presque complet de la hanche droite, sauf un peu de flexion.

- A gauche, les mouvements sont douloureux à l'extrême, mais tous ont gardé un certain jeu.

- Traitement proposé : (le 17 octobre 1956)

- Repos absolu, c'est-à-dire absence complète et totale de station debout pendant 6 mois à 1 an. C'est le temps minimum qu'il faut pour obtenir la réparation de la zone nécrosée par un tissu de cicatrisation fibro-cartilagineux pouvant à la rigueur remplacer l'os et le cartilage détruits.

- Rééducation absolument nécessaire comme traitement préventif des atrophies musculaires et des déformations osseuses.

o

RADIOLOGIE

Les radiographies du 13-IV-1956 (3 semaines après l'accouchement) ne montrent presque rien sur le cliché de face : il faut regarder de très près pour voir une petite zone un peu opaque et un peu ponctuée au pôle supérieur de la tête fémorale des deux côtés.

Par contre, le cliché en abduction dit

de profil médical (flexion-abduction de la hanche) montre de façon extrêmement nette à droite et laisse deviner à gauche une zone au niveau de laquelle une zone de corticale est disséquée par en dessous, séparée de l'os sous-jacent par une fine zone de clarté linéaire.

Sur les radiographies faites 5 mois après, l'ostéochondrite disséquante est devenue évidente : les deux têtes fémorales sont entaillées à leur pôle supérieur par une encoche semi-circulaire bordée d'un liséré de condensation irrégulier et il y a déjà à droite un début d'ostéophytose à la jonction fémoro-capitale et même un vague départ de double-fond flou à gauche, net à droite.

°°

OBSERVATION 12

S... Edouard - 69 ans - Administrateur de société.

Ostéochondrite disséquante de l'épaule droite.

o

- Vient consulter pour la première fois le 1er juin 1956 pour douleurs de l'épaule droite.

Douleurs de l'épaule droite irradiant vers la face externe du bras, jusqu'au pli du coude, douleur extrêmement vive, sans signes inflammatoires, mais uniquement aux mouvements de l'épaule et du coude.

Début il y a 1 an, brusque, à la suite d'une partie de golf. Depuis, le malade souffre en permanence, mais les nuits sont bonnes.

- Examen :

- Aucun signe inflammatoire,
- Gêne à la mobilisation du bras - difficulté à mettre la main derrière la nuque, sur la poche-revolver droite.

- Antécédents :

- 1 an auparavant, soit il y a 2 ans, douleur similaire de l'épaule droite et du bras, à début brutal, très vive, entraînant l'insomnie et ayant cédé en un mois.

- Goutte : première crise au gros orteil droit en 1924. Quelques petites crises depuis mais pas de crise depuis une dizaine d'années. Aucune atteinte de l'épaule. N'a suivi aucun traitement.

- Douleurs articulaires fréquentes, touchant toutes les articulations.

- Lumbago aigu en 1938 suivi de lombalgies chroniques pendant 4 ans environ.

- Pratique du golf 3 fois par semaine depuis 30 ans ainsi que d'autres sports : tennis.

- Traitement suivi jusqu'à présent :

- Aspirine : calme un peu.
- Ultra-sons = 0.
- Massage, mobilisation : aggravation.

- Traitement proposé :

- Arthrotomie suivie d'ablation de la partie séquestrée de la tête. (La résection de l'épaule étant une intervention qui paraissait aléatoire chez un sujet de 70 ans, car il n'est pas certain que l'on puisse récupérer de façon totale la force et la puissance du muscle deltoïde).

o

RADIOLOGIE

Sur la radiographie de face en rotation externe de la tête, on observe une chute de l'humérus avec élargissement de l'interligne gléno-huméral et surtout l'isolement d'une coque d'ivoire qui correspond à la moitié de la surface articulaire de la tête. L'aspect est celui d'un véritable scalp en raison de la bandelette claire qui isole sous cette incidence le séquestre ostéo-chondral.

Sur le cliché de face en rotation intermédiaire, on voit moins bien l'isolement du séquestre qui reste cependant toujours facile à reconnaître par sa condensation. Par contre, on peut observer l'aspect poreux des tubérosités et de la région du col anatomique.

Un cliché en abduction fait apparaître l'aplatissement de la tête.

Les trois tomographies montrent nettement l'ostéochondrite disséquante de la tête avec tous ses signes : séquestre condensé - liseré clair - remaniement à distance.

En somme, il s'agit d'une forme étendue d'ostéochondrite disséquante ancienne avec

déformation considérable et remaniement structural à distance, sans signes d'arthrose.

o o

OBSERVATION 13

C... Jeannine - 28 ans - sans profession.

Ostéochondrite disséquante de l'articulation métatarso-phalangienne du 2ème orteil droit.

o

- Vient consulter pour la première fois le 21 juillet 1954.

Depuis quelque temps, douleur au niveau du 2ème orteil droit avec élancement de temps en temps, difficulté à porter des hauts talons.

- Examen :

- orteil bombant.

- V.S. : 6 - 16.

- Traitement proposé :

- hydrocortisone.

Cette malade n'a pu être revue.

o

RADIOLOGIE

Les radiographies de l'avant-pied droit de face et plus particulièrement en oblique montrent une image qu'on peut considérer comme une ostéochondrite disséquante : séquestre lenticulaire dans une cupule claire, concave en avant et en haut, sans altération de la surface phalangienne opposée.

L'élément intéressant de cette observation est le siège de cette lésion : la tête du deuxième métatarsien avec un aspect raccourci de cet os dont la caractéristique morphologique est d'être le plus saillant vers l'extrémité du pied quand on regarde l'arche des interlignes métatarso-phalangiens de face. Elle pose donc le diagnostic d'une séquelle d'épiphysite type Freyberg. Si ce diagnostic du point de vue radiologique est généralement facile, ici les signes observés sont presque aussi valables pour une affection que pour l'autre mais il semble que le diagnostic d'ostéochondrite disséquante puisse être retenu.

°°

Nous avons mis à part les trois observations suivantes car nous n'avons pas pu, pour des raisons indépendantes de notre volonté, faire reproduire les clichés radiologiques :

OBSERVATION 14

V... Pierre - 46 ans - Comptable -

Ostéochondrite disséquante du genou droit.

o

- Ce malade vient consulter pour la première fois pour gonalgie droite, le 7 novembre 1956.

A l'âge de 15 ans, traumatisme violent au niveau du genou qui était gros, déformé. Guérison au bout de quelques jours. Depuis le genou est resté un peu déformé, indolent, mais fragile avec sensation de déboîtement se remettant facilement en place.

En juin 1956, à la suite d'un faux mouvement, gros genou, douloureux, marche très difficile pendant 15 jours. Depuis il persiste toujours une douleur et surtout une gêne à la descente des escaliers.

- Examen :

Le genou est froid. Il existe des craquements importants, mais bilatéraux.

Pas de mouvements anormaux.

- Radiographie :

Corps étranger de la région intercondyloïdienne en regard du bord inféro-externe du condyle interne, juste à l'union de l'échancrure intercondylienne et de la trochlée.

De profil, on note un aplatissement de la courbure trochléo-condylienne à ce niveau, enfin une irrégularité du bord externe du condyle externe et une légère condensation de la paroi postérieure de la rotule.

A noter également des signes d'arthrose du côté opposé, en particulier ostéophytose sus- et sous-condyloïdienne.

- Traitement proposé :

Hydrocortisone in situ.

Le malade a été très amélioré par les injections d'hydrocortisone.

°°°

OBSERVATION 15:

M... Georgina - 59 ans - Concierge -

Ostéochondrite disséquante de la hanche gauche.

o

- Vient consulter pour la première fois en avril 1952 pour douleurs vertébrales dorso-lombaires apparues après le soulèvement d'un objet pesant. Le se plaint absolument pas de sa hanche.

L'examen montre une cyphose dorsale importante, une scoliose dorsale gauche, un rachis peu souple, une douleur au sommet de la cyphose et au niveau de la charnière lombo-sacrée, une infiltration douloureuse des plans cutanés dorsaux.

- C'est l'examen radiographique qui révèle l'existence d'une ostéochondrite disséquante de la tête fémorale gauche.

- Antécédents : R.A.S. - aucun traumatisme.

Devant l'absence totale de signes cliniques au niveau de sa hanche gauche, on ne prescrit aucun traitement concernant son ostéochondrite disséquante.

°°°

OBSERVATION I 6

Ostéochondrite disséquante bilatérale
des hanches.

- En juillet 1950 -

Traumatisme important. Chute d'un lieu élevé ayant occasionné au malade une fracture du rachis et une double fracture du bassin. La fracture du rachis a nécessité une greffe ; quant à la fracture du bassin, elle s'est convenablement consolidée, malgré les troubles vésicaux et la phlébite qui ont fait suite à l'accident.

- Depuis décembre 1952 -

Le malade souffre de ses deux hanches avec difficulté à la marche.

Traitement : hydrocortisone : échec.

- Radiographie en novembre 1955 -

Aspect d'ostéochondrite disséquante bilatérale.

- Traitement proposé :

Arthrodèse bilatérale.

Nous signalerons tout d'abord chez nos malades la très forte prédominance de l'ostéochondrite disséquante au membre inférieur puisque 'une observation seulement (12) intéresse le membre supérieur sur la série des 16 envisagées.

Plus de la moitié de nos cas (9) siège à la hanche aussi bien à droite qu'à gauche (3). Une atteinte bilatérale de cette articulation est notée chez 3 malades dont deux hommes et une femme.

Vient ensuite la localisation au genou : 5 cas dont 3 à droite et 2 à gauche.

Enfin, d'autres localisations plus rares :

- 1 épaule droite (obs. 12),
- 1 deuxième orteil droit (obs. 13).

L'âge de nos malades s'échelonne de 17 à 69 ans et se répartit ainsi avec un nombre égal de femmes (8) et d'hommes (8).

- de 10 à 20 ans, : 2,
- de 20 à 30 ans : 2,
- de 30 à 40 ans : 2,
- de 40 à 50 ans : 2,
- de 50 à 60 ans : 4,
- 60 ans et plus : 4.

Il convient de signaler qu'il s'agit là de malades venus consulter dans un service de rhumatologie d'adultes.

Leur profession et leurs antécédents personnels ou familiaux ne nous enseignent rien de particulier. A signaler toutefois :

- 2 goutteux : obs. 9 et 12,
- 3 R.A.A. : obs. 2, 5 et 6.
- 1 affection pouvant toucher l'équilibre du bassin (coxa plana) + mal de Pott dorso-lombaire : obs. 7,
- 1 syphilis traitée : obs. 10.

Un traumatisme net a été retrouvé chez 4 malades :

- Observation 1 - 69 ans - a commencé à souffrir de son genou gauche 15 jours après une chute sur ce genou et n'en avait jamais souffert auparavant.
- Observation 3 - 65 ans - a eu plusieurs chutes sur son genou droit dans les années qui ont précédé sa première consultation.
- Observation 14 - 46 ans - A présenté un traumatisme violent au niveau de son genou droit à l'âge de 15 ans.
- Observation 16 - (Ostéochondrite disséquante bilatérale des hanches) - a commencé à souffrir de ses 2 hanches deux ans après un violent traumatisme ayant entraîné une fracture du rachis associée à une fracture du bassin.

Plus discutable, le rôle du traumatisme dans les 4 observations suivantes :

- Observation 5 - ostéochondrite disséquante de la hanche droite.

A l'âge de 5 ans, chute de 3 mètres, mais le malade ne sait pas sur quel côté la chute a porté.

- Observation 8 - Ostéochondrite disséquante de la hanche droite.

A commencé à souffrir de sa hanche un mois environ après une chute sur les deux genoux.

- Observation 9 - Ostéochondrite disséquante de la hanche gauche.

Fracture du tibia gauche 3 ans avant les premières douleurs de la hanche.

- Observation 12 - Ostéochondrite disséquante de l'épaule droite.

Joueur de golf depuis 30 ans. A commencé à souffrir de son épaule, brusquement, après une partie de golf.

Chez les 8 autres malades, nous n'avons retrouvé aucun traumatisme direct ou indirect ou microtraumatismes susceptibles d'expliquer leur lésion.

Dans toutes nos observations, ce sont la douleur et, d'une façon moins constante, l'impotence fonctionnelle de l'articulation atteinte qui ont été les premiers symptômes à attirer l'attention des malades.

A part l'observation 15, où l'ostéochondrite est restée et continue d'être muette cliniquement. Cette malade est venue con-

sulter pour d'autres motifs et son ostéochondrite n'a été qu'une découverte radiologique : elle se plaignait de douleurs vertébrales dorso-lombaires en rapport avec une cyphose dorsale importante et présentait une ostéochondrite disséquante de la hanche gauche :

Quatre ont présenté un début brutal :

- Observation 1 - Douleur brusque du genou apparue quinze jours après une chute sur celui-ci.

- Observation 2 - Début brutal sans cause apparente.

- Observation 10 - Douleur très aiguë au cours de la marche, sans cause apparente, obligeant le malade à interrompre celle-ci (il en avait déjà souffert un peu avant, mais d'une façon très minime).

- Observation 12 - Douleurs très vives de l'épaule droite apparues brusquement à la suite d'une partie de golf.

Chez la plupart de nos malades, la symptomatologie clinique s'enrichit peu à peu et l'on peut dans certains cas distinguer deux périodes dans l'évolution de leur maladie :

- Première période, le plus souvent latente, correspondant au stade où le fragment osseux nécrosé est encore dans sa niche : gêne fonctionnelle minime, quelques poussées d'hydarthrose, notamment au genou, en sont les symptômes principaux. Il est rare que le malade vienne consulter.

- La deuxième période est plus riche en symptômes : quelques accès de blocage à la

suite desquels on peut voir se développer une poussée inflammatoire et hydarthrodiale.

De toute façon, il est rare que la clinique évoque le diagnostic ; elle ne permet que des spéculations et c'est à l'examen radiographique qu'il faut demander de l'affirmer. Il faut insister ici sur l'intérêt des clichés bilatéraux, des tomographies, notamment aux hanches. Nous verrons plus loin les conclusions radiologiques que nos observations nous ont suggérées.

L'arthrose, évolution classique de l'ostéochondrite disséquante laissée à elle-même, a été retrouvée radiologiquement chez 7 de nos malades :

- Observation 1 - 69 ans - Ostéochondrite disséquante du genou gauche.

- Gonarthrose gauche.

- Observation 3 - 65 ans - Ostéochondrite disséquante du genou droit.

- Signe du rabot très net cliniquement.

- Gonarthrose droite indiscutable.

- Observation 4 - 61 ans - Ostéochondrite disséquante du genou droit.

- Signes de gonarthrose légère du genou droit.

- Observation 7 - 38 ans - Ostéochondrite disséquante de la hanche droite.

- Liseré ostéophytique discret à la jonction cervico-céphalique.

- Observation 9 - 50 ans - Ostéochondrite disséquante de la hanche gauche.

- Collerette ostéophytique discrète à l'union de la tête et du col.

- Observation 11 - 27 ans - Ostéochondrite disséquante bilatérale des hanches.

- Début d'ostéophytose à droite à la jonction fémoro-capitale avec vague départ de double-fond flou à gauche et net à droite. Les radiographies faites 5 mois avant ne montraient pas ces signes.

- Observation 14 - 46 ans - Ostéochondrite disséquante du genou droit.

- Gonarthrose gauche, donc du côté opposé à l'ostéochondrite.

Nous n'avons pu retrouver les chiffres de la vitesse de sédimentation que chez 10 malades.

- 7 étaient normales :

- Obs. 7 : 6 - 18,

- Obs. 2 : 3 - 6,5,

- Obs. 8 : 6 - 17 le 4.VI.1955,

5 - 21 le 11.II.1956,

4 - 13 le 10.III.1956,

- Obs. 10 : 10 - 28,

- Obs. 4 : 6 - 17,

- Obs. 6 : 3 - 7,

- Obs. 13 : 6 - 16.

- 2 étaient un peu au-dessus de la normale :

- Obs. 1 : 15 - 33, mais cette malade présentait une fébricule à 37°8.

- Obs. 3 : 14 - 41, mais cette malade était à ce moment-là polyalgique avec une P.S.H. droite et sujette fréquemment aux angines.

- Enfin, une seule était nettement accélérée :

- Obs. 9 : 40 - 76 - 116, le 23.IV.1956,
30 - 72 - 100, le 15.VII.1956.

Divers traitements médicaux avaient été proposés aux malades mais ici il est difficile de se faire une opinion car ou bien ils ne les ont pas suivis ou d'une façon incomplète, ou bien ils ont été faits en dehors de l'hôpital et certains ne sont plus revenus.

Le seul malade opéré (obs. 6) dont nous possédons le compte rendu opératoire n'a pu être revu. Ceux auxquels un traitement chirurgical avait été proposé ne l'ont pas suivi.

Parmi ceux que nous avons revus :

- deux ont été très améliorés par une série de 10 injections d'hydrocortisone intra-articulaire :

- obs. 3 : ostéochondrite disséquante du genou droit,
- obs. 14 : ostéochondrite disséquante du genou droit.

- une malade a recommencé à souffrir dès l'arrêt des injections et avait été bien soulagée pendant la série des 15 injections :

- obs. 8 : ostéochondrite disséquante de la hanche droite.

- Trois malades ont eu un traitement électrothérapique et les trois n'en ont retiré aucun bénéfice.

- Un (obs. 10) a reçu une série d'injections de Novocaïne-Priscot dans ses hanches et a été amélioré à 50 %.

- Enfin un seul (obs. 2) a été traité par le repos seul et depuis 3 ans n'a plus souffert de son genou gauche.

Toujours parmi les malades que nous avons revus :

- Deux sont très gênés :

- Observation 1 - ostéochondrite disséquante du genou gauche - 69 ans - Mais elle présente en plus de son ostéochondrite une arthrose associée et n'a pris comme traitement que des antalgiques. Un traitement chirurgical avait été également proposé mais non accepté.

- Observation 8 - ostéochondrite disséquante de la hanche droite - 53 ans - Elle souffre toujours de sa hanche, mais aussi de ses 2 genoux, elle avait recommencé à souffrir dès l'arrêt de la série des 15 injections d'hydrocortisone. Un traitement chirurgical avait été proposé mais non accepté.

- Cinq ne sont absolument pas gênés et ne souffrent pratiquement pas.

- Observation 2 - ostéochondrite disséquante du genou gauche. - repos seulement.

- Observation 3 - Avait reçu un traitement par l'hydrocortisone dans son genou droit.

- Observation 7 - Ostéochondrite disséquante de la hanche droite. Elle n'a rien voulu faire comme traitement et mène une vie tout à fait normale.

- Observation 14 - Ostéochondrite disséquante du genou droit. Avait eu un traitement par l'hydrocortisone.

- Observation 15 - ostéochondrite disséquante de la hanche gauche absolument latente, découverte fortuitement.

Obs.	Localisation	Age	Antécédents	Traumatisme
1	Genou gauche	69		+++
2	Genou gauche	17	R.A.A.	-
3	Genou droit	65		+++
4	Genou droit	61		-
5	Hanche droite	18	R.A.A.	+
6	Hanche gauche	34	R.A.A.	-
7	Hanche droite	38	Coxa plana + Pott D.I.	-
8	Hanche droite	53		+
9	Hanche gauche	50	goutte	+
10	2 hanches	54	syphilis	-
11	2 hanches	27		-
12	épaule droite	69	goutte	+
13	2ème orteil droit	28		-

début brutal	arthrose	V.S.	localisation radiologique
+	+	+ -	condyle interne
+			condyle interne
	+	+ -	condyle interne
	+		condyle interne
			pôle supérieur de la tête
			moitié supé- rieure de la tête
	+		pôle supérieur de la tête
			pôle supérieur de la tête
	+	+++	pôle supérieur de la tête
+			pôles supérieurs des têtes
	+		pôles supérieurs des têtes
+			pôle supéro- interne
			art. métatarso- phalangienne du 2ème orteil dr.

Obs.	Localisation	Age	Antécédents	Trauma- tisme
14	Genou droit	46		+++
15	Hanche gauche	59		-
16	2 hanches			+++

début brutal	arthrose	V.S.	localisation radiologique
	+		condyle interne
			pôle supérieur de la tête
			pôles supérieurs des têtes

CONCLUSIONS

:-:-

Isolée depuis plus d'un demi-siècle de l'ensemble des affections productrices de corps libres intra-articulaires, l'ostéochondrite disséquante constitue une entité radio-clinique minutieusement étudiée.

Si la symptomatologie clinique ne présente pas d'éléments pathognomoniques, l'affection pouvant se présenter tantôt comme une arthrose, tantôt, mais moins fréquemment, comme une arthrite, les signes radiologiques sont suffisamment caractéristiques pour faire le diagnostic. Celui-ci devra être fait le plus précocement possible pour essayer d'éviter dans une certaine mesure l'évolution vers l'arthrose qui est le gros écueil de cette maladie.

Conclusions radiologiques

La lecture des clichés conduit aisément au diagnostic d'ostéochondrite disséquante et même, dans les formes caractéristiques, c'est-à-dire dans la majorité des cas, le diagnostic s'impose par :

- le siège : région ostéochondrale des articulations ;
- l'image du séquestre et de sa niche

de dissection :

- de face, c'est l'anneau clair parfait dans l'os ; cet anneau clair qui délimite la zone périphérique de dissection isole au début un fragment chondral ou ostéo-chondral parfaitement circulaire qui a la même densité de structure osseuse que le corps de l'os dont il se détache.

- De profil, c'est l'image classique de lentille biconcave isolée de l'os par une clarté en arc parfait.

Cette image est celle qu'on observe au début et plus particulièrement au niveau du genou. A l'épaule et à la hanche, la zone de séquestration est presque toujours plus volumineuse ; elle est polaire supérieure ou supéro-interne dans nos observations de la hanche ; à l'épaule, il semble qu'elle soit plutôt polaire interne.

Tous ces séquestrés évoluent vers la condensation, signe de séquestration, l'expulsion (corps migrants du genou), la fragmentation in situ (aspect en oeuf cassé de la hanche - épaule)..

Dans cette évolution, toutes les localisations aboutissent à l'arthrose avec ses caractères propres, destructeur à la hanche, arthrosiques banaux au genou ; à l'épaule, l'arthrose nous paraît plus rare (mais un seul cas).

Malgré ces critères radiologiques, il reste place dans de rares cas pour la discussion diagnostique avec toutes les lésions osseuses juxta-chondrales : né-

croces vasculaires d'étiologie connue (Maladie des caissons), kystes, abcès, ~~granulomes~~ ou ~~abscesses~~ localisés à affections épiphysaires de l'adolescence.

La localisation au membre inférieur est de loin la plus souvent rencontrée et dans l'ensemble la hanche est aussi fréquemment atteinte que le genou, sinon plus (9 cas dans notre série de 16, mais ici les résultats sont sujets à caution en raison de l'importance réduite des cas étudiés). Les autres articulations sont atteintes moins souvent. Enfin, les formes bilatérales, particulièrement à la hanche, ne sont pas rares.

Le rôle des traumatismes ou micro-traumatismes ne nous semble pas aussi important qu'il est courant de le dire. Quatre seulement de nos malades avaient un traumatisme net dans leurs antécédents. Plus discutable apparaît son rôle dans les quatre autres cas. Enfin certaines formes bilatérales sont difficiles à expliquer par cette étiologie.

Il ne semble pas non plus qu'on puisse établir un rapport entre l'ostéochondrite et les deux cas de goutte, les trois cas de R.A.A. et la coxa plana retrouvés dans les antécédents de certains de nos malades.

Dans l'ensemble, les examens de laboratoire sont normaux, en particulier la vitesse de sédimentation globulaire qui est normale dans la très grande majorité des cas.

Il est assez difficile de se faire une opinion sur le traitement à adopter, chaque

câs particulier, semble-t-il, devant être l'objet d'indications propres suivant l'âge, le terrain, la profession, l'état local... Le gros souci doit être d'éviter l'arthrose qui semble quasi-fatale.

Il faut obtenir du malade une surveillance médicale assez stricte (prise de radiographies successives à intervalles assez rapprochés), lui imposer un repos prolongé de son articulation, tout en évitant l'atrophie musculaire (massages...) et instituer un traitement par l'hydrocortisone.

Nous ne parlerons pas ici du traitement chirurgical car, dans la série de nos cas étudiés, un seul malade a été opéré et n'a pu être revu et ceux auxquels une intervention avait été proposée ont décidé de s'abstenir. Dans ces conditions, il nous est impossible d'émettre une opinion valable.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : F. COSTE

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

--

